

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ЛИЧНОСТНЫЙ АСПЕКТ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БЕСПЛОДНЫХ И ФЕРТИЛЬНЫХ ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ**С.М. Корниенко**

ГУ «Институт Педиатрии, Акушерства и Гинекологии НАМН Украины»

Реферат

Обследовано 169 женщин 35-45 лет с различными клиническими формами патологии эндометрия. Полип эндометрия выявлен у 97 (57,4%), гиперплазия эндометрия – у 40 (23,7%), хронический эндометрит – у 61 (36,1%), синехии – у 11 (6,5%), аденоматоз – у 3 (1,8%), сочетанная ПЭ – у 45 (26,6%) женщин. Бесплодием страдали 62 (36,7%) пациентки, из них первичным – 21 (12,4%), вторичным – 41 (24,3%) женщина.

Пациентки с бесплодием значимо выше, нежели фертильные женщины, оценивали психический и физический компоненты своего здоровья. Личностный профиль бесплодных пациенток в сравнении с фертильными женщинами отличался более низкой депрессивностью, высокими уровнями общительности, экстраверсии и маскулинности. У бесплодных пациенток личностные особенности играли более значительную роль в формировании качества жизни, нежели у фертильных женщин. Низкий уровень депрессивности бесплодных пациенток частично предопределил более высокие оценки качества жизни по шкале боли в их группе. Самое большое влияние на качество жизни как у бесплодных, так и у фертильных пациенток позднего репродуктивного возраста с патологией эндометрия оказывают невротичность, депрессивность и эмоциональная лабильность. В позднем репродуктивном возрасте у бесплодных женщин с патологией эндометрия наблюдаются более высокие показатели качества жизни, нежели у их фертильных коллег.

Ключевые слова: патология эндометрия, поздний репродуктивный возраст, бесплодие, опросник FPI, качество жизни.

ВВЕДЕНИЕ

Одним из факторов бесплодия являются заболевания эндометрия. В старшем репродуктивном возрасте частота данной патологии значительно возрастает. Бесплодие относится к состояниям, существенно меняющим психику женщины, вызывая состояние хронического стресса [1, 2, 3]. В обществе имеются устойчивые социальные установки и ценности, утверждающие обязательное родительство, а ролевые ожидания в отношении женщины прочно связаны с необходимостью успешной реализации материнства [2].

В среднем возрасте проблема бесплодия становится особо эмоционально значимой, поскольку для реализации репродуктивных планов остается совсем мало времени. Установлено, что бесплодие у женщин старшего возраста значимо ассоциировано с коморбидными депрессивными и тревожными расстройствами, а также высокой степенью социальной дезадаптации [4, 5].

Длительное неэффективное лечение бесплодия сопровождается дополнительными травмирующими факторами профессионального, семейного и материального характера из-за существенных финансовых затрат и большого количества времени на посещение лечебных учреждений [2, 6]. Ухудшается качество жизни (КЖ) пациенток [1], доминирующие идеи самообвинения вносят свою лепту в усиление тревожно-депрессивной симптоматики, социальных отклонений и снижение вероятности беременности [2, 5].

По мнению Блох М.Е. [6], выявление личностных и социальных характеристик, свойственных нарушению репродуктивного здоровья, позволяет определить мишени психотерапии и сформулировать программу психологической помощи с акцентом на личностные ресурсы пациенток, а также оценить влияние этих мероприятий на КЖ женщин. Aarts J.W. et al. [5] считают, что на результативность лечения бесплодия существенно влияет КЖ пациенток и рекомендуют идентифицировать причинно-следственные связи между личностными проблемами и КЖ. Мы также придерживаемся мнения, что сведения о своеобразии личности женщин и качестве их жизни крайне важны в процессе конструктивного разрешения кризисных ситуаций при лечении бесплодия.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить взаимосвязь личностного профиля с КЖ бесплодных и фертильных женщин позднего репродуктивного возраста с ПЭ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 169 женщин 35-45 лет с различными клиническими формами ПЭ. Полип эндометрия выявлен у 97 (57,4%), гиперплазия эндометрия – у 40 (23,7%), хронический эндометрит – у 61 (36,1%), синехии – у 11 (6,5%), аденоматоз – у 3 (1,8%), сочетанная ПЭ – у 45 (26,6%) женщин. Бесплодием

страдали 62 (36,7 %) пациентки, из них первичным – 21 (12,4 %), вторичным – 41 (24,3 %) женщина. Бесплодные женщины составили группу Б, 107 (63,3 %) фертильных пациенток – группу Ф. Возрастная медиана в группе Б составила 39 (36-41), в группе Б – 38 (37-40) лет, $p > 0,05$.

Для изучения КЖ использовали опросник здоровья SF-36, оценивающий субъективную удовлетворенность физическим и психическим состоянием. Тест охватывает 36 вопросов, сгруппированных в 8 шкал: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья; жизненная активность; социальное функционирование; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием и психическое здоровье. Эти шкалы формируют два интегральных показателя: психического и физического благополучия. Оценки каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 представляет полное здоровье.

Для диагностики психических состояний и свойств личности использовали тест FPI, содержащий базовые шкалы «невротичность», «спонтанная агрессивность», «депрессивность», «раздражительность», «общительность», «уравновешенность», «реактивная агрессивность», «застенчивость», «открытость» и интегрирующие шкалы «экстраверсия», «эмоциональная лабильность», «маскулинность». Личностные характеристики оценивали по 9-балльной шкале.

Обработку данных проводили, используя методы вариационной статистики (медиана, межквартильный размах), рангового критерия Манна-Уитни и ранговой корреляции Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Сопоставительный анализ КЖ в группах исследования показал, что пациентки с бесплодием по сравнению с фертильными женщинами значимо выше оценивали и психический, и физический компонент своего здоровья. Медианная оценка по шкале физического функционирования в группе Б составила 90 (85-95), в группе Ф – 85 (80-95) баллов ($p > 0,05$); по шкале ролевого физического функционирования – соответственно 100 (75-100) и 75 (50-100) баллов ($p < 0,02$); по шкале боли – 100 (72-100) и 80 (62-100) баллов ($p < 0,008$); по шкале общего здоровья – 65 (57-82) и 62 (50-72) балла ($p > 0,05$); по шкале жизнеспособности – 65 (50-75) и 60 (40-70) баллов ($p > 0,05$); по шкале социального функционирования – 87,5 (75-87,5) и 75 (62,5-87,5) баллов ($p < 0,05$); по шкале эмоционального функционирования – 100 (66,7-100) и 66,7 (33,3-100) баллов ($p < 0,009$); по шкале психического здоровья – 60 (48-68) и 60 (48-68) баллов ($p > 0,05$); по интегральной шкале физического здоровья – 83,5 (74,3-88) и 77 (64,8-85,3) баллов ($p < 0,03$); по интегральной шкале психического здоровья – 74,3 (62,3-78,6) и 67,2 (53,5-78,9) баллов ($p < 0,01$).

Итак, пациентки с бесплодием значимо выше, нежели фертильные женщины, оценивали и психический, и физический компоненты своего здоровья. При бесплодии болевой синдром был менее выражен

и практически не влиял на способность заниматься различной деятельностью, а эмоциональное состояние способствовало высокой повседневной активности. Физическое состояние здоровья инфертильных пациенток позволяло лучше выполнять профессиональные и повседневные обязанности и, к тому же, они были более удовлетворены уровнем своей социальной активности. Похожие тенденции отмечены в исследовании Wischmann T. et al., показавшем, что бездетные женщины чаще, чем женщины-матери, сообщают о положительных аспектах бесплодия и высокой удовлетворенности своей профессиональной деятельностью [7].

Изучение психометрических шкал FPI выявило, что медианный показатель невротичности у респонденток в группе Б составил 6 (4-8), в группе Ф – 5 (4-7) баллов ($p > 0,05$); спонтанной агрессивности соответственно 3 (1-4) и 3 (1-4) балла ($p > 0,05$); депрессивности – 4 (3-5) и 5 (4-6) баллов ($p < 0,003$); раздражительности – 6 (6-7) и 6 (5-6) баллов ($p > 0,05$); общительности – 6 (4-7) и 5 (3-6) баллов ($p < 0,04$); уравновешенности – 4 (2-5) и 4 (2-5) баллов ($p > 0,05$); реактивной агрессивности – 3 (3-6) и 4 (1-5) балла ($p > 0,05$); застенчивости – 6 (5-7) и 6 (5-7) баллов ($p > 0,05$); открытости – 5 (3-6) и 5 (3-6) баллов ($p > 0,05$); экстраверсии – 4 (3-5) и 3 (2-4) балла ($p < 0,03$); эмоциональной лабильности – 5 (4-7) и 5 (4-7) баллов ($p > 0,05$); маскулинности – 3 (2-5) и 2 (1-4) балла ($p < 0,002$).

Таким образом, личностный профиль бесплодных пациенток в сравнении с фертильными женщинами отличался более низкой депрессивностью, высокими уровнями общительности, экстраверсии и маскулинности. Наши результаты согласуются с данными исследования Baghianimoghadam M.H. et al. о том, что для женщин с бесплодием характерен крайне низкий уровень депрессии [8].

Для того, чтобы выявить, в какой степени те или иные черты личности респонденток оказывали влияние на их удовлетворенность различными параметрами КЖ, мы провели корреляционный анализ оценок шкал FPI и шкал SF-36 в группе бесплодных и группе фертильных пациенток (таблица 1).

В группе Б тесная связь отмечалась между шкалами открытости и боли ($r = -0,73$, $p < 0,001$); невротичности и психического здоровья ($r = -0,67$, $p < 0,001$), депрессивности и психического здоровья ($r = -0,64$, $p < 0,001$); невротичности и психического компонента здоровья ($r = -0,59$, $p < 0,001$); раздражительности и боли ($r = -0,58$, $p < 0,001$); невротичности и боли ($r = -0,58$, $p < 0,001$); невротичности и психического компонента здоровья ($r = -0,57$, $p < 0,001$). В большинстве своем изучаемые черты личности негативно влияли на КЖ бесплодных женщин. Позитивная корреляция выявлена лишь между общительностью и общим здоровьем ($r = 0,26$, $p < 0,05$), общительностью и эмоциональным функционированием ($r = 0,25$, $p < 0,05$), общительностью и физическим компонентом здоровья ($r = 0,26$, $p < 0,05$), а также между застенчивостью и ролевым физическим функционированием ($r = 0,40$, $p < 0,001$).

Как видно из данных табл. 1, в ряду личностных коррелятов КЖ пациенток с бесплодием безусловно

Таблица. Корреляционная таблица шкал SF-36 и FPI у женщин позднего репродуктивного возраста с бесплодием на фоне ПЭ, р

Шкалы SF-36	Шкалы FPI												
	Группа	невротич- ность	спонтанная агрессив- ность	депрес- сивность	раздражи- тельность	общитель- ность	уравнове- шенность	реактивная агрессив- ность	застенчивость	открытость	экстраверсия	эмоциональная лабильность	маску- линность
Физическое функционалирование	Б	-0,36**		-0,46***					-0,27*			-0,29*	
	Ф	-0,27**	-0,24*		-0,28**							-0,19*	
Рольовое физическое функционалирование	Б								0,40**	-0,34**		-0,28**	-0,31*
	Ф	-0,25**		-0,20*				-0,20*	-0,20*				
Боль	Б	-0,58***	-0,52***	-0,38**	-0,58***		-0,39**			-0,73***	-0,30*	-0,43***	
	Ф	-0,23*											
Общее здоровье	Б		-0,40**	-0,37**	-0,27*	0,26*		-0,45***	-0,50***				
	Ф	-0,38***		-0,22*	-0,19*	0,19*		-0,26**	-0,30**				
Жизнеспособность	Б	-0,43***		-0,36**								-0,38**	
	Ф	-0,49***		-0,36***	-0,30**				-0,23*			-0,36***	
Социальное функционалирование	Б	-0,38**		-0,37**	-0,38**					-0,49**	-0,25*	-0,27*	-0,27*
	Ф	-0,34***	-0,25**	-0,28**					-0,25**			-0,37***	
Эмоциональное функционалирование	Б	-0,33*		-0,28*		0,25*	-0,26*		-0,20*	-0,29*		-0,27**	
	Ф	-0,30**		-0,26**									
Психическое здоровье	Б	-0,67***		-0,64***	-0,26*				-0,34**	-0,48***		-0,53***	
	Ф	-0,41***		-0,41***	-0,29**		0,28**		-0,22*			-0,36***	
Физический компонент здоровья	Б	-0,57***	-0,36**	-0,43**	-0,32*	0,26*		-0,24*		-0,49***		-0,40**	
	Ф	-0,36***			-0,20*							-0,23*	
Психический компонент здоровья	Б	-0,59***		-0,51***						-0,46***		-0,44***	
	Ф	-0,46***	-0,22*	-0,39***	-0,25**				-0,27**			-0,40***	

Приведены только статистически значимые коэффициенты корреляции;
 *, **, *** – соответственно $p < 0,05$, $p < 0,01$ и $p < 0,001$.

доминировала невротичность. Также, существенно понижали КЖ депрессивность и открытость. Наименьшее влияние на оценки КЖ оказывали общительность и уравновешенность. Из числа основных шкал КЖ более других личностные особенности пациенток воздействовали на шкалу болевого синдрома. Весьма подверженными влиянию профиля личности оказались шкалы психического здоровья и социального функционирования. Менее всего от свойств личности бесплодных респонденток зависели их ролевое физическое функционирование и жизненная активность. Что касается интегральных шкал FPI, физический компонент КЖ у этих женщин был теснее связан со свойствами личности, нежели психический компонент.

В группе Ф связь между шкалами FPI и SF-36 носила менее выраженный характер (табл. 1). Наивысшие коэффициенты корреляции выявлены между уровнем невротичности и жизненной активности ($r = -0,49$, $p < 0,001$); невротичности и психического компонента здоровья ($r = -0,46$, $p < 0,001$); невротичности и психического здоровья ($r = -0,41$, $p < 0,001$); депрессивности и психического здоровья ($r = -0,41$, $p < 0,001$); эмоциональной лабильности и интегрального психического показателя ($r = -0,40$, $p < 0,001$); депрессивности и интегрального психического показателя ($r = -0,39$, $p < 0,001$); невротичности и общего здоровья ($r = -0,38$, $p < 0,001$). Как и в группе Б, абсолютное большинство корреляций носило негативный характер. Положительные коэффициенты корреляции получены между шкалами уравновешенности и психического здоровья ($r = 0,28$, $p < 0,004$), общительности и общего здоровья ($r = 0,19$, $p < 0,05$).

Среди личностных коррелятов шкал самооценки КЖ в группе Ф доминировали невротичность, эмоциональная лабильность и депрессивность. Практически никакого влияния на КЖ не оказывали открытость, экстраверсия и маскулинность. Наиболее зависимыми от профиля личности фертильных пациенток оказались оценки психического здоровья, жизнеспособности и общего здоровья, наименее зависимыми – оценки болевого синдрома, физического и эмоционального функционирования. Личность фертильных респонденток оказывала значимое влияние на психический компонент их КЖ, физический компонент КЖ был менее подвержен такому воздействию (табл. 1).

Обобщая результаты нашего исследования, необходимо отметить, что у бесплодных пациенток личностные особенности играли более значительную роль в формировании КЖ, нежели у фертильных женщин. Вне зависимости от фактора бесплодия, самыми строгими детерминантами КЖ оказались невротичность, депрессивность и эмоциональная лабильность. Данная триада значимо понижала удовлетворенность респонденток по всем шкалам КЖ.

Комплексное рассмотрение результатов корреляционного и факторного анализа показало, что более высокие оценки КЖ в выборке инфертильных женщин лишь частично можно объяснить отличием их личностного профиля от такового в группе фертильных женщин.

Факторный анализ выявил, что у бесплодных женщин были значимо лучше оценки ролевого физического функционирования, боли, эмоционального и социального функционирования и интегральных шкал физического и психического здоровья, поэтому мы ограничимся обсуждением личностных детерминант именно этих аспектов КЖ.

Показатель ролевого физического функционирования имел хоть и слабую, но статистически значимую обратную связь со шкалой депрессивности в группе фертильных женщин, а в группе с бесплодием значимая корреляция отсутствовала. Депрессивность была более выражена в группе Ф, следовательно, низкие оценки КЖ по шкале ролевого физического функционирования фертильных пациенток частично могут быть объяснены их депрессивностью. Депрессивным лицам в делах свойственны старательность, добросовестность и обязательность, однако они не способны принять решение без колебаний, и любая деятельность для них трудна, протекает с чувством чрезмерного психического напряжения, быстро утомляет и вызывает ощущение полного бессилия и истощения. Их часто упрекают за медлительность, неоперативность, отсутствие настойчивости и решительности [9]. Депрессивные женщины со свойственной им быстрой утомляемостью выполняют меньше работы, а на фоне повышенной ответственности и критики со стороны окружающих еще и не получают от нее удовлетворения. К этому следует добавить, что у женщин с детьми значительно больше повседневных обязанностей, чем у их бесплодных коллег. Именно эти три обстоятельства существенно снижают степень удовлетворения ролевым физическим функционированием обследованных фертильных пациенток.

Согласно полученным нами данным, застенчивая фертильная женщина не удовлетворена ролевым физическим функционированием в такой же степени, как и депрессивная фертильная женщина. Вообще, тенденции взаимодействия шкал застенчивости и ролевого физического функционирования в рамках нашего исследования носили уникальный характер. Если застенчивые фертильные респондентки оценивали данный аспект КЖ ниже, чем менее застенчивые фертильные женщины, то в выборке бесплодных пациенток наблюдалась противоположная тенденция – застенчивые респондентки были более удовлетворены своим ролевым физическим функционированием.

Застенчивость предрасполагает к стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации, протекающему по пассивно-оборонительному типу. При необходимости принять решение застенчивые лица либо чрезмерно колеблются, либо подолгу оттягивают и не приступают к его выполнению. Такие лица всего боятся, избегают рискованных ситуаций, неожиданные события встречают с беспокойством, от любых перемен ждут только неприятностей [9]. Понятно, что описанный психотип для женщин, имеющих детей, чреват невыполнением на работе и дома своих ежедневных функциональных обязанностей, которые в силу своего объема и многообразия иногда превращают жизнь женщины в

маленькое поле битвы. Иными словами, застенчивость для современной женщины – матери непозволительная роскошь. Лица с низкой застенчивостью решения принимают быстро и приступают к их осуществлению незамедлительно, не переносят оттяжек и колебаний, двойственности и амбивалентности [9]. Почему же при бесплодии такие женщины менее удовлетворены ролевым физическим функционированием, нежели их застенчивые коллеги? Конечно, объективный ответ на данный вопрос предполагает более сложный дизайн исследования, однако, если принять во внимание, что низкие оценки по фактору «застенчивость» обнаруживаются у лиц, профессия которых связана с риском [9], весьма вероятным выглядит следующее предположение: бесплодие, сопряженное со сложным и длительным лечением, значительно ограничивает профессиональную деятельность такого сорта.

Косвенным образом эта гипотеза подтверждается повышенным уровнем маскулинности в группе бесплодных пациенток, свидетельствующем о смелости, предприимчивости, стремлении к самоутверждению, склонности к риску, к быстрым, решительным действиям без достаточного обдумывания и обоснования [9], и наличием обратной зависимости между этой шкалой и ролевым физическим функционированием. Интересы женщин с маскулинным психотипом узки и практичны, суждения – трезвы и реалистичны, они стараются избегать сложных, запутанных ситуаций, а проблема бесплодия таковой и является.

Шкала боли, оценивающая интенсивность болевого синдрома и его влияние на способность заниматься различной деятельностью, имела выраженную обратную связь с фактором депрессивности в группе с бесплодием, а в референтной выборке корреляция не наблюдалась, следовательно, низкий уровень депрессивности бесплодных пациенток частично предопределил более высокие оценки КЖ по шкале боли в их группе.

Научная литература изобилует публикациями, освещающими коморбидность депрессивных расстройств с болевым синдромом. Депрессия рассматривается как предиктор хронической боли [10] или как результат процесса хронизации боли [11]. Sarid O. et al. [3] показали, что стрессовые репродуктивные переживания являются факторами риска депрессии и боли, которые хоть и взаимосвязаны, но суть разные явления. Однако, в любом случае сочетание депрессии с болевым синдромом существенно снижает КЖ [12].

Для нас вопрос, почему в группе фертильных женщин болевой синдром не коррелировал с депрессивностью, остается пока открытым. Okifuji A. et al. [13], обнаружили, что промежуточным звеном между болью и депрессией являются когнитивные оценки пациентов влияния болевых симптомов на их повседневную жизнь и функциональную деятельность, и поэтому депрессия развивается не у всех больных с хронической болью. Пациенты, которые полагали, что могут контролировать свою боль и продолжать функционировать, не были подвержены депрессии. Pulvers K. et al. [14] также показали, что такие личностные черты, как оптимизм,

надежда и уверенность в себе оказывают позитивное влияние на восприятие боли.

Необходимо отметить, что в нашем исследовании оценивалась как раз степень самовосприятия боли. При бесплодии от болевого синдрома в большей степени, нежели депрессивные женщины, страдали открытые, невротичные, раздражительные, спонтанно агрессивные, эмоционально лабильные и даже уравновешенные пациентки. В этой выборке шкала боли зависела от оценок FPI больше, чем любая другая шкала SF-36. А у фертильных женщин личностные детерминанты болевого аспекта КЖ практически отсутствовали (по степени коррелированности со шкалами FPI шкала боли стояла на последнем месте), и оценки КЖ по шкале боли были существенно ниже таковых в группе с бесплодием. Видимо, влияние боли на степень реализации функциональных обязанностей на работе и дома у женщин-матерей носит более объективный характер. Вне зависимости от профиля личности, они испытывали более существенные ограничения от болевого синдрома, потому что объем и многообразие обязанностей матерей значительно выше, чем у бесплодных пациенток.

Удовлетворенность социальным функционированием, т. е. общением, проведением времени с семьей, друзьями, в коллективе, значимо снижалась в меру увеличения степени депрессивности в обеих группах. Так как депрессивных лиц, в том числе с признаками психопатологического синдрома в отношении к социальной среде и поведению (постоянно мрачных, угрюмых, погруженных в собственные переживания, из-за чего окружающие видят их заносчивыми, недоступными, избегающими общения из-за чрезмерного самомнения [9]) было больше среди фертильных женщин, ограничение социальных контактов и снижение уровня общения было более выраженным в их группе.

Похожая тенденция, но только в группе с бесплодием, наблюдалась в отношении экстравертированных и маскулинных пациенток. Таких было значимо больше среди бесплодных респондентов, и именно в этой группе наблюдалась хоть и слабая, но значимая обратная зависимость шкалы социального функционирования от шкал экстраверсии и маскулинности. Однако, данную негативную тенденцию перекрывало более существенное позитивное влияние низкой депрессивности, что и предопределило слабо значимое превышение оценок по шкале социального функционирования в группе с бесплодием по сравнению с группой фертильных женщин.

И, наконец, более полноценное эмоциональное функционирование бесплодных респондентов объяснялось синергией обратной его зависимости от депрессивности в обеих выборках и его прямой зависимости от общительности в группе с бесплодием. Действительно, в этой группе было гораздо меньше женщин с психопатологическими депрессивными признаками в эмоциональном состоянии, со сниженным фоном настроения, у которых события прошлой и настоящей жизни, независимо от их действительного содержания, вызывают угрызения совести, гнетущее

предчувствие бед и несчастий и особенно болезненно переживающих реальные неприятности [9]. А вот общительных женщин, т.е. имеющих много близких друзей, заботливых, отзывчивых, всегда проявляющих живое участие в судьбе своих товарищей, переживающих и радующихся вместе с ними, активно помогающих окружающим, принимающих горячее участие в их личной жизни было гораздо больше среди бесплодных респонденток. Понятно, что люди с такими эмоциями получают большее удовлетворение от жизни, чем их депрессивные коллеги. По мнению Baghianimoghadam M. H. et al. [8], для лиц, страдающих бесплодием, более характерны эмоциональные стратегии выживания, что обусловлено низкой самооценкой и высоким уровнем психоэмоционального напряжения из-за отсутствия у них контроля над таким важным событием, как рождение собственного ребенка. Видимо, из-за критично высокого уровня проблемы бесплодия в позднем репродуктивном возрасте и невозможности справиться со стрессом, пациентки в большей степени сосредоточены на эмоциях, а не на самой проблеме, поэтому чаще выбирают не когнитивный, а эмоциональный и поведенческий копинг. Возможно, этим объясняется более высокая удовлетворенность эмоциональным и социальным аспектами КЖ у исследованных нами бесплодных женщин.

Что касается интегральных шкал, то показатель физического здоровья в выборке с бесплодием имел обратную связь с депрессивностью и прямую связь с фактором общительности, в группе фертильных пациенток корреляций не было. Таким образом, значимое превышение оценок физического компонента здоровья у бесплодных женщин детерминировалось тем, что в их среде чаще встречались общительные лица и реже – депрессивные. В качестве личностного детерминанта относительно высоких оценок психического компонента здоровья бесплодных пациенток выделен лишь фактор депрессивности.

Изложенное выше достаточно тесно коррелируется с результатами изысканий Chachamovic J.R. et al. [15], обнаружившими, что даже средней степени тяжести депрессия сильнее снижает КЖ, нежели негативные клинические или социально-демографические факторы.

В завершение хотелось бы отметить любопытную тенденцию. Степень личностной детерминированности интегральной шкалы психического компонента здоровья в выборке с бесплодием была сопоставимой с уровнем фертильной выборки. У бесплодных пациенток влияние личностного профиля на физический компонент здоровья было более выраженным как по сравнению с группой фертильных женщин, так и по сравнению с интегральной психической шкалой. В группе фертильных женщин профиль личности намного слабее детерминировал физический компонент, нежели психический компонент здоровья. Иными словами, личностные свойства на фоне бесплодия играют более весомую роль в снижении КЖ, а у фертильных женщин оценки КЖ носят менее субъективный характер. Особенно это касается физического аспекта КЖ.

Не исключено, что в некоторой степени маскировка дисфункциональных черт личности бесплодных женщин под функциональные физические расстройства служит способом завоевания удобной социальной и эмоциональной позиции.

ВЫВОДЫ

1. Самое большое влияние на КЖ как у бесплодных, так и у фертильных пациенток позднего репродуктивного возраста с ПЭ оказывают невротичность, депрессивность и эмоциональная лабильность. Указанные черты личности существенно понижают КЖ этих женщин.

2. В позднем репродуктивном возрасте у бесплодных женщин с ПЭ наблюдаются более высокие показатели КЖ, нежели у их фертильных коллег. Основным личностным детерминантом данной тенденции является низкая депрессивность пациенток с бесплодием.

3. Дисфункциональные черты личности при бесплодии в большей степени понижают физические показатели КЖ, особенно по шкале боли, у фертильных женщин дисфункциональные черты личности жестче влияют на психический компонент КЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Апресян, С.В. Медико-психологические аспекты бесплодия / С.В. Апресян, А.А. Абашидзе, В.Ф. Аракелян // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2013. – №1. – С. 8-10.
2. Петрова, Н.Н. Особенности психического состояния и личностно-психологические характеристики женщин с бесплодием, подвергающихся лечению методом ЭКО / Н.Н. Петрова, Е.Н. Подольхов // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – № 3. – С. 115-121.
3. Sarid, O. The contribution of negative reproductive experiences and chronic medical conditions to depression and pain among Israeli women / O. Sarid, D. Segal-Engelchin, J. Cwikel // Psychol Health Med. – 2012. – Vol. 17 (1). – P. 82-94.
4. Колесников, Д.Б. Психическое состояние женщин с бесплодием в старшем репродуктивном возрасте / Д.Б. Колесников, К.С. Ермоленко, А.В. Соловьева // Клиническая медицина. – 2013. – № 6. – С. 38-41.
5. Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL / J.W. Aarts, I.W. van Empel, J. Boivin, W.L. Nelen, J.A. Kremer, C.M. Verhaak // Hum Reprod. – 2011. – Vol. 26 (5). – P. 1112-1118.
6. Блох, М.Е. Психотерапевтическое вмешательство в структуре комплексной помощи женщинам с нарушением репродуктивного здоровья на этапе планирования беременности / М.Е. Блох // Психотерапия. – 2013. – № 2. – С. 11-12.
7. A 10-year follow-up study of psychosocial factors affecting couples after infertility treatment / T. Wischmann, K. Korge, H. Scherg, T. Strowitzki, R. Verres // Hum Reprod. – 2012. – Vol. 27(11). – P. 3226-3232.
8. Mental health status of infertile couples based on treatment outcome / M.H. Baghiani-moghadam, A.H. Aminian, B. Baghianimoghadam, N. Ghasemi, A.M. Abdoli, N. Seighal

- Ardakani, H. Fallahzadeh // *Iran J Reprod Med.* – 2013. – Vol. 11(6). – P. 503-510.
9. Розов, В.І. Методики оцінки і самооцінки адаптивних індивідуально-психологічних властивостей особистості / В.І. Розов // *Практична психологія та соціальна робота.* – 2007. – № 6. – С. 30-48.
 10. Acupuncture, counselling or usual care for depression and comorbid pain: secondary analysis of a randomised controlled trial / A. Hopton, H. Macpherson, A. Keding, S. Morley // *BMJ Open.* – 2014. – Vol. 4(5). URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> (дата обращения: 15.01.2015).
 11. Combination of anxiety and depression is associated with an increased headache frequency in migraineurs: a population-based study. / K. Oh, S.J. Cho, Y. Chung, J.M. Kim, M. Chu // *BMC Neurol.* – 2014. – Vol. 14 (1). URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> (дата обращения: 14.01.2015).
 12. Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care / B.A. Arnow, E.M. Hunkeler, C.M. Blasey, J. Lee, M.J. Constantino, B. Fireman, H.C. Kraemer, R. Dea, R. Robinson, C. Hayward // *Psychosom Med.* – 2006. – Vol. 68 (2). – P.262-268.
 13. Okifuji, A. Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: why aren't all patients depressed? / A. Okifuji, D.C. Turk, J.J. Sherman // *J. Rheumatol.* – 2000. – Vol. 27 (2). – P. 212-219.
 14. Pulvers, K. The role of positive traits and pain catastrophizing in pain perception / K. Pulvers, A. Hood // *Curr Pain Headache Rep.* – 2013. – Vol. 17 (5). – P. 330-332.
 15. Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review / J.R. Chachamovich, E. Chachamovich, H. Ezer, M.P. Fleck, D. Knauth, E.P. Passos // *J. Psychosom.Obstet. Gynaecol.* – 2010. – Vol. 31 (2). – P. 101-110.

THE PERSONAL ASPECT OF THE QUALITY OF LIFE OF FERTILE AND INFERTILE WOMEN OF LATE REPRODUCTIVE AGE WITH ENDOMETRIAL PATHOLOGY

S.M. Korniyenko

State Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology

Abstract

A total of 169 women 35-45 years with different clinical forms of PE were observed. Endometrial polyp was detected in 97 (57,4%), endometrial hyperplasia - in 40 (23,7%), chronic endometritis - in 61 (36,1%), adhesions - in 11 (6,5%), hell-nomatoz - in 3 (1,8%), concomitant PE in 45 (26,6%) women. Infertility-Stra gave 62 (36,7%) patients, of which the primary - 21 (12,4%), secondary - 41 (24,3%) women. Patients with infertility evaluated their mental and physical components of health higher than fertile women. Personal profile of infertile patients compared to fertile patients was differed by lower depression, high levels of sociability, extraversion and masculinity. Infertile patients were more influenced by personal features in shaping the quality of life, rather than fertile women. Low levels of depression of infertile patients partly predestined higher ratings of quality of life on the scale of pain in their group. Satisfaction with social functions, i.e. socializing, spending time with family, friends, colleagues, significantly reduced the extent of increasing the degree of depression in both groups. Index of physical health in a sample with infertility was inversely proportional to the depression and directly proportional to the sociability factor; there was no correlations in the fertile group of patients. The neurotic depression and emotional lability had the greatest impact on quality of life, as for the infertile and fertile patients in the late reproductive age with endometrial pathology. In late reproductive age, the infertile women with endometrial pathology have higher indicators of the quality of life, rather than their fertile counterparts.

Key words: endometrial pathology, late reproductive age, infertility, the FPI questionnaire, quality of life.